# Una red para promover sistemas de salud basados en la atención primaria de salud en la Región de las Américas

*María Magdalena Herrera Vázquez,*[1] *Nuria Rodríguez Ávila,*[2] *Carme Nebot Adell*[3] *y Hernán Montenegro*[3]

**Forma de citar** Herrera Vázquez MM, Rodríguez Ávila N, Nebot Adell C, Montenegro H. Una red para promover sistemas de salud basados en la atención primaria de salud en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(5):261–73.

**RESUMEN**

**Objetivos.** *Identificar los componentes relacionales de una red internacional de organizaciones de cooperación técnica y financiera que promueva el desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud (APS) en los países de la Región; analizar los vínculos de acción social para la cooperación en salud entre los socios colaboradores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); y determinar los elementos teóricos básicos que pueden contribuir a desarrollar estrategias de acción que respalden la abogacía en red.*

**Métodos.** *Estudio transversal cualitativo y cuantitativo basado en la identificación de informantes clave y el análisis de redes sociales. Se colectó información etnográfica y relacional de 46 organizaciones internacionales mediante un cuestionario semiestructurado autoaplicado. Participaron 29 tomadores de decisión pertenecientes a 29 organizaciones de cooperación internacional en salud (tasa de respuesta: 63,0%). La estructura y solidez de la red se evaluó mediante la densidad, la distancia, la transitividad y la centralización de los nodos. El análisis estadístico se realizó mediante los programas informáticos UCINET, PAJEK y MS Access, entre otros.*

**Resultados.** *Se identificó una red teórica estructuralmente centralizada, cuyos nodos aglutinados en cuatro subgrupos centrales se vincularon en una visión compartida. El liderazgo, la influencia y los intereses políticos reflejaron los vínculos cooperativos de tipo formal y técnico y el apoyo formal a favor de la propuesta, con el predominio del flujo de recursos técnicos sobre los financieros.*

**Conclusiones.** *Los componentes relacionales interorganizacionales y los vínculos de acción social identificados pueden influir positivamente en la conformación y consolidación de una red temática de abogacía y gestión para la cooperación técnica y financiera en apoyo a la APS en la Región de las Américas. Los vínculos de acción identificados pueden favorecer la cooperación internacional en el desarrollo de sistemas de salud basados en la APS, una vez que la OPS formule estrategias de implementación claras y tome el liderazgo para movilizar recursos financieros y generar vínculos de acción informal e interpersonal.*

**Palabras clave** Atención primaria de salud, cooperación internacional, redes de información de ciencia y tecnología, sistemas de salud, Américas.

[1] Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Atlixco, Puebla, México. La correspondencia se debe dirigir a María Magdalena Herrera Vázquez, Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Atlixco, Puebla. Plaza San Francisco No. 11, FOVISSSTE San Agustín, Atlixco, Puebla CP 74239, México. Correo electrónico: mmherrera@issste.gob.mx

[2] Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

[3] Unidad Técnica de Organización de Servicios de Salud, Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Aunque el concepto de red varía considerablemente en las diferentes disciplinas, todas comparten una definición básica: conjunto de actores o nodos que se vinculan entre sí en forma agrupada o individual para alcanzar un fin específico común, con un intercambio de información y recursos de flujo estable, flexible, adaptable e interdependiente (1, 2). De esta forma, las redes se componen de nodos o actores, lazos o vínculos y flujos o intercambios (3), elementos básicos que se articulan entre sí para adecuarse a las circunstancias y dar respuesta a las necesidades de sus miembros. Por su capacidad de transferir recursos, prácticas, bienes y servicios, las redes se han concebido como la forma organizacional de la sociedad en el siglo XXI (4, 5).

La presencia de dos o más actores se convierte en una red cuando se vinculan entre sí e intercambian recursos alrededor de una visión compartida y una finalidad específica; entonces se inicia un proceso iterativo destinado a mejorar la cantidad y calidad de los vínculos formales e informales de la red. Los primeros están regidos por un principio jerárquico con normas explícitas y los segundos se basan en una actuación libre, caracterizada por la autonomía y la relación interpersonal de las partes. Se ha comprobado que los vínculos de acción informal tienen una mayor efectividad en la toma de decisiones y que las acciones informales predominan en las relaciones sociales establecidas dentro de las organizaciones y entre ellas (6, 7).

Debido a que una red emerge de acuerdo con ciertos factores contextuales, la forma de construirla o estudiarla varía, aunque siempre se basa en sus componentes relacionales: los nodos vinculados, las conexiones o relaciones de intercambio entre los nodos y ciertas características estructurales de articulación que permiten evaluar su progreso y efectividad en el tiempo (8–10).

De acuerdo con sus objetivos de cooperación, las redes se clasifican en tres tipos básicos: las de prestación de servicios y adiestramiento de grupos de actores, las temáticas o de conocimiento y las de abogacía y gestión (11). Estas últimas también se conocen como redes de políticas, coaliciones de abogacía o redes de acción. Los tres tipos básicos de redes pueden funcionar de manera combinada en una misma red.

## El enfoque práctico de las redes

Un ejemplo de organización que ha dado pasos significativos en el desarrollo de modelos de cooperación internacional en red es la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (12). La OPS ha articulado con éxito diversas redes temáticas y de abogacía y gestión en las Américas, y actualmente continúa fortaleciendo la coordinación de alianzas y asociaciones estratégicas con un enfoque de redes, como el Observatorio Brasileño de Recursos Humanos en Salud (13).

En la figura 1 se ejemplifica la complejidad contextual que justificó la realización de este estudio: la estructura social del escenario internacional para la cooperación técnica y financiera en un tema determinado —en este caso la atención primaria de salud (APS)— puede visualizarse como una gran red compuesta por un conjunto de actores interconectados que se han ido vinculando entre sí desde que surgió el concepto de APS en 1978 y que podrían actuar juntos en la arena internacional en favor del desarrollo de los sistemas de salud.

## La APS en el contexto de las redes sociales

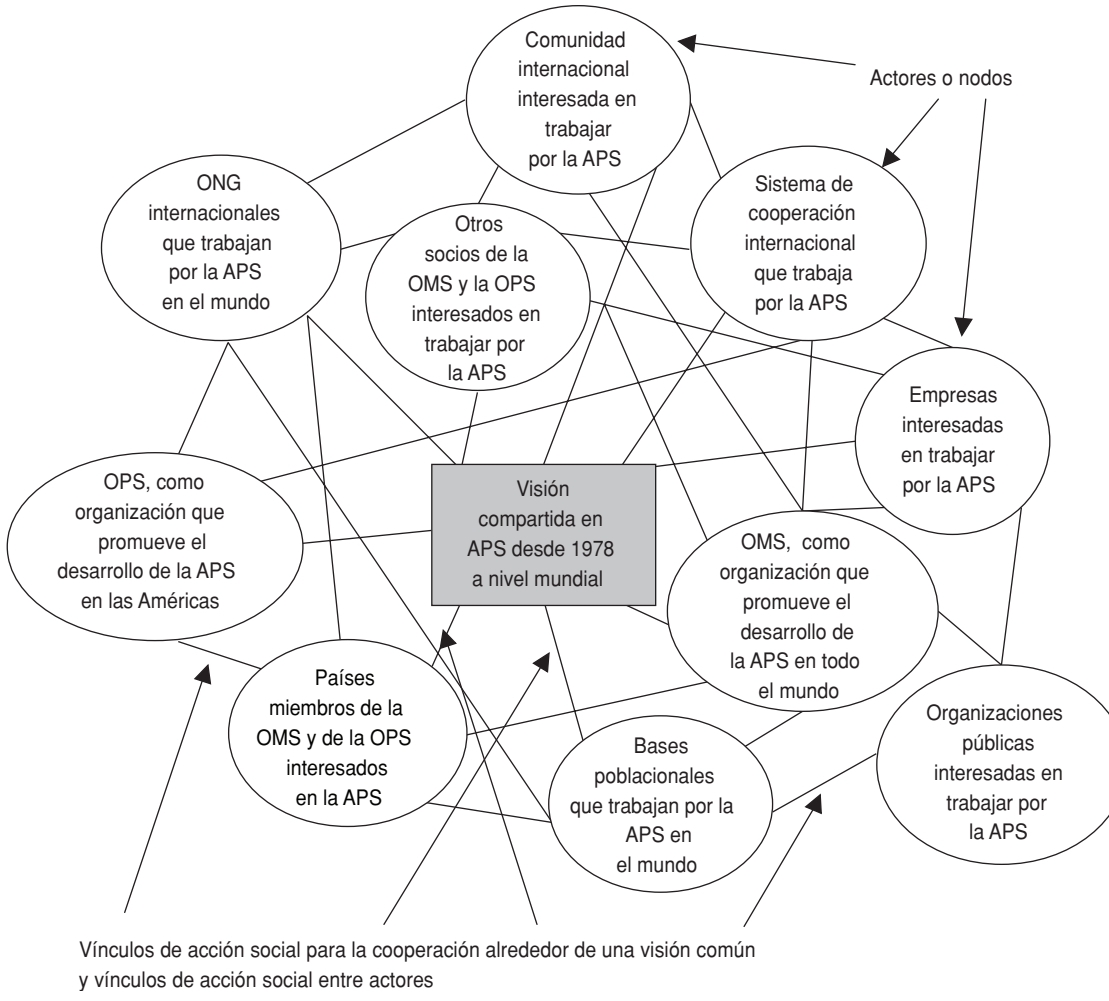
El fenómeno de la globalización se basa en un sistema de redes en el que las estructuras sociales presentan una configuración variable que depende de la posición de los actores, eventos y procesos sociales y cuya creciente interconexión e interdependencia dificulta la capacidad de actuar de forma aislada (14). La capacidad de gestionar redes sociales es un factor crucial para lograr que los beneficios de la globalización permitan eliminar desigualdades e inequidades (15).

En el ámbito de la cooperación internacional, una nueva red plural de actores públicos y no públicos —como organizaciones no gubernamentales (ONG), empresas, instituciones de educación e investigación, organizaciones profesionales, entre otras— ha venido realizando importantes contribuciones en salud (16), ya que los estados y las organizaciones internacionales de salud no han podido responder eficazmente por sí solos a todos los desafíos planteados por la globalización (17). La cooperación internacional en salud es, por tanto, una pieza clave para enfrentar viejos y nuevos desafíos, aunque para ello deberá modificar sus prácticas, mejorar la efectividad de los esfuerzos financieros de la comunidad internacional (16, 18) y enfrentar problemas de territorialidad, falta de flexibilidad y fragmentación de funciones (19). Para promover una cooperación eficaz que favorezca el uso de enfoques integrales de salud en los países, los organismos de cooperación internacional deben, entre otras acciones, incrementar la armonización y el alineamiento de sus actividades, para lo cual el enfoque de redes sociales podría resultar muy útil.

En las Américas, los procesos de reforma del sector salud forman parte de la estructura social del escenario internacional y constituyen una oportunidad para incorporar la APS a los sistemas de salud como un concepto integrador (20–22). Sin embargo, en la práctica, se observan grandes obstáculos para poder implementar la APS y los analistas sostienen que una falla de implementación fue no haber hecho un análisis de actores para identificar los oponentes y los defensores. Al no caracterizar a los actores, la APS no se apreció como una estrategia, sino como un deseo (8). Sin embargo, independientemente de las causas que expliquen esa falla, hay consenso en que el concepto de APS necesita renovación e innovación para responder a las necesidades de la sociedad en el siglo XXI (19, 20–24).

Conceptualmente, los sistemas de salud basados en la APS (SSB-APS) permiten aplicar un enfoque amplio en su organización y operación, con el objetivo de lograr el mejor nivel de

**FIGURA 1. Complejidad de la estructura social para la cooperación internacional en materia de atención primaria de salud visualizada a manera de red[a]**




[a] APS: atención primaria de salud; ONG: organizaciones no gubernamentales; OMS: Organización Mundial de la Salud; OPS: Organización Panamericana de la Salud.

salud posible con la mayor equidad y solidaridad. El sistema está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal, el acceso a los servicios, la atención integral e integrada en el tiempo, la prevención, la promoción y el primer contacto. La familia y la comunidad son la base de la planificación y de la acción (25).

El trabajo de la OPS se basa en el convencimiento de que para explotar todas las potencialidades de la APS se requiere la conformación de diversas redes, asociaciones, coaliciones y alianzas (26) que movilicen voluntades para otorgar a los SSB-APS la aceptación y la sostenibilidad que requieren. Si bien hay algunos avances en ese sentido, queda mucho por hacer para que la APS sea el eje de los sistemas de salud (20).

Según las lecciones aprendidas sobre el trabajo de redes sociales en diversos temas de salud a nivel internacional, una estrategia viable para promover el desarrollo de los SSB-APS en las Américas es organizar una red regional de abogacía y de cooperación técnica y financiera.

Este estudio piloto es un acercamiento a la realidad social del sistema de cooperación internacional de la OPS a través de la teoría de redes sociales, en particular del análisis exploratorio de redes sociales. Los objetivos del presente estudio fueron: a) identificar los componentes relacionales de una red internacional de organizaciones de cooperación técnica y financiera que promueva el desarrollo de los SSB-APS en los países de la Región; b) analizar los vínculos de acción social para la cooperación en salud entre los socios colaboradores de la OPS; y c) determinar los elementos teóricos básicos que pueden contribuir a desarrollar estrategias de acción que respalden la abogacía en red.

## MÉTODOS

Se utilizó el análisis exploratorio de redes sociales (27, 28) y la identificación de informantes clave (29, 30) como herramientas teórico-metodológicas para el análisis cualitativo y cuantitativo, ya que estos métodos admiten la combinación de datos etnográficos y relacionales (cualitativos) con indicadores y medidas matemáticas (cuantitativos). La hipótesis principal es que las características de los vínculos sociales identificados entre los actores sociales o nodos, podrían influir positiva o negativamente en la consolidación de una red que contribuya a la implementación de SSB-APS en los países de la Región.

Para la medición se utilizó un cuestionario confidencial semiestructurado autoaplicable, adaptado a partir de instrumentos utilizados con éxito tanto en el análisis de políticas como de redes sociales (1, 2, 9, 29, 30). El cuestionario contenía tres secciones: a) aspectos sociodemográficos; b) aspectos de la iniciativa de renovar la APS mediante el desarrollo de SSB-APS; y c) relaciones sociales entre las organizaciones.

Se aplicó una encuesta transversal a funcionarios de organizaciones internacionales que realizan acciones de cooperación técnica y financiera con el sector salud de los países en materia de APS. Para ello se realizó un muestreo en varias etapas.

Primero se seleccionaron las organizaciones de cooperación internacional en salud y los informantes clave, según criterios de selección basados en las recomendaciones para muestreo de redes sociocéntricas (1, 28) y las definiciones de institución y organización planteadas por Douglas (31) (cuadro 1). La selección se realizó a partir de una base de datos de organizaciones de cooperación internacional en salud y de sus integrantes con cargos de dirección altos y medios y cargos técnicos estratégicos. Esta base de datos se integró con los datos de dos unidades técnicas de la OPS: Relaciones Externas y Asociaciones y Organización de Servicios de Salud. En total se obtuvo una muestra compuesta por 46 organizaciones internacionales y 71 de sus miembros como informantes clave o tomadores de decisión, por lo que el conjunto organización-informantes clave (que incluye también al resto del personal de cada organización), definió un actor o nodo de la red en materia de APS, según el método de muestreo de redes sociales (1, 3, 28).

Se logró la participación de 29 tomadores de decisión pertenecientes a 29 de las 46 organizaciones de cooperación internacional en salud invitadas a participar (tasa de respuesta: 63,0%); estos nodos se identificaron como nodos preactivos o de partida (cuadro 2) para indicar su capacidad potencial de cooperar en APS y de poder comenzar la construcción de una futura red social. Las 17 organizaciones no participantes (37,0%) se identificaron como nodos inactivos por el hecho de no haber participado en la encuesta. Con la información obtenida se elaboró una base de datos para generar matrices, para lo cual se consideraron las 46 organizaciones seleccionadas como nodos de la red (29 nodos preactivos y 17 nodos inactivos). En el análisis de redes sociales, este procedimiento per-

**CUADRO 1. Características de la muestra o población en estudio después de aplicar los criterios de selección específicos**

| | | |
|---|---|---|
| Población de base[a] | Inclusión | 50 organizaciones internacionales que colaboraron técnica o financieramente una o más veces entre los años 2000 y 2005 en temas de salud humana en general —ya fuera en atención primaria de salud (APS) o no— y 254 personas con cargos considerados de mandos altos (206), mandos medios (40) o técnicos (8) en esas organizaciones (tomadores de decisión o informantes clave relacionados con uno o varios equipos de trabajo), directa o indirectamente vinculados con temas de salud humana en general |
| | Exclusión | 46 organizaciones nacionales o internacionales con más de 5 años sin haber colaborado directamente en temas de salud humana en general, así como personas que trabajaron de manera independiente o sin cargos de dirección o técnicos en su organización o sin vínculo alguno con temas de salud humana en general |
| Muestra seleccionada[b] | Inclusión | 46 organizaciones de cooperación internacional en salud que colaboraron técnica o financieramente en materia de APS al menos una vez en los últimos 5 años y 71 tomadores de decisión o informantes clave relacionados con uno o varios equipos de trabajo con cargos directivos de mandos altos (47), medios (15) o técnicos (9) directamente vinculados con temas de APS |
| | Exclusión | 183 tomadores de decisión relacionados con uno o varios equipos de trabajo, con cargos directivos de mandos altos, medios o técnicos, pero vinculados solo de manera indirecta a temas de APS, los cuáles pertenecían a cuatro organizaciones de cooperación internacional en salud que colaboraron técnica o financieramente en materia de APS al menos una vez en los últimos 5 años |
| Muestra estudiada (tasa de respuesta: 63,0%) | | 29 tomadores de decisión que contestaron el cuestionario, pertenecientes a 29 organizaciones internacionales. Seis personas con cargos de altos mandos, 14 con cargos técnicos y 9 con cargos de mandos medios |

[a] Los criterios se aplicaron al banco de datos de todas las organizaciones de cooperación internacional en salud oficialmente registradas en la Organización Panamericana de la Salud y sus tomadores de decisión o informantes clave.

[b] Los criterios se aplicaron a la base poblacional para seleccionar los nodos o actores de la red en APS que se identificaron como el conjunto organización-informantes clave (lo que incluye al resto del personal de cada organización).

**CUADRO 2. Actores seleccionados inicialmente como nodos de la red y sus principales características después de evaluar sus vínculos de cooperación en atención primaria de salud**

| Organizaciones seleccionadas como actores o nodos de la red | Nodos preactivos o de partida[a] | Nodos influyentes o poderosos[b] | Nodos aislados o periféricos[c] |
|---|---|---|---|
| Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) | X | X | |
| Agencia de Cooperación Internacional de los Estados Unidos (USAID) | | X | |
| Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) | | X | |
| Agencia Internacional de Cooperación Técnica, de Alemania (GTZ) | X | | X |
| Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo (NORAD) | | | X |
| Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (SIDA) | | X | |
| Asociación Latinoamericana de Educación en Salud Pública (ALAESP) | X | | X |
| Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas (ALIFAR) | X | | X |
| Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) | X | | X |
| Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) | | | X |
| Banco de Desarrollo del Caribe (CDB) | | | X |
| Banco Interamericano de Desarrollo (BID) | X | X | |
| Banco Mundial | | X | |
| Centro de Investigación Internacional para el Desarrollo, de Canadá (IDRC) | X | X | |
| Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades, de los Estados Unidos (CDC) | | | X |
| Comisión de Ayuda de la Unión Europea (EuropeAid) | X | | X |
| Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, de la Organización Mundial de Médicos de Familia (CIMF-WONCA) | X | | X |
| Consejo de Salud Global (GHC) | | | X |
| Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) | X | X | |
| Federación Internacional de la Cruz Roja (IFRC) | X | X | |
| Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA) | X | | X |
| Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (APHA) | X | | X |
| Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM) | X | | X |
| Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) | X | | X |
| Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) | X | X | |
| Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) | | X | |
| Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria | X | X | |
| Fundación Bill y Melinda Gates | | | X |
| Fundación de las Naciones Unidas | | | X |
| Fundación Ford | | | X |
| Fundación Rockefeller | | | X |
| Fundación Will Keith Kellogg | X | | X |
| Merck Sharp & Dohme | | X | |
| Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos (MSP) | X | X | |
| Oficina Regional de Consumidores Internacionales para Latinoamérica y el Caribe (CI-ROLAC) | | | X |
| Organización de los Estados Americanos (OEA) | X | X | |
| Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA) | X | X | |
| Organización Internacional de Migración (OIM) | X | X | |
| Organización Internacional del Trabajo (OIT) | X | X | |
| Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) | X | | X |
| Organización Mundial de la Salud (OMS) | X | X | |
| Organización Panamericana de la Salud (OPS) | X | X | |
| Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP) | X | X | |
| Programa de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNAIDS) | | X | |
| Programa Mundial de Alimentos (WFP) | X | | X |
| Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH) | X | X | |

[a] Nodos que aceptaron la invitación a participar de manera directa en el presente estudio y respondieron la encuesta, por lo que con ellos se puede comenzar a construir la red. Las restantes 17 organizaciones se consideraron nodos inactivos.
[b] Nodos que presentaron cinco o más lazos fuertes con otros nodos, como resultado del análisis estadístico.
[c] Nodos que presentaron tres o menos lazos débiles con otros nodos, como resultado del análisis estadístico.

mite obtener información de todos los nodos identificados y no únicamente de quienes participan de manera directa respondiendo una encuesta.

Después de realizar el muestreo se comprobó que entre los actores o nodos de la red se encontraban las principales organizaciones que han influido en la estrategia de APS desde 1978: el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Mundial, la Agencia de Cooperación Internacional de los

**CUADRO 3. Criterios de medición de las propiedades de la red**

| Propiedad | Descripción | Indicador | Escala de valoración |
|---|---|---|---|
| Centralización | Propiedad por la cual una red puede funcionar alrededor de uno o varios actores que ocupan las posiciones centrales | Grado de centralización: señala qué tan cerca está la red de comportarse como una red estrella simétrica, (con un grado de centralización de 100,0% y en la que un solo actor controla toda la red)<br>Centralización de entrada: mide el número de actores relacionados de forma directa<br>Centralización de salida: indica el número de conexiones directas por cada actor | Gráfica (con el sociograma) y numérica: se considera alta una centralización entre 50,0% y 80,0%. Valores menores indican mayor eficiencia |
| Densidad | Indicador de la cohesión de una red que analiza pares de actores relacionados entre sí | Proporción de pares de nodos vinculados en la red: número de lazos existentes entre número de lazos posibles. Si todos los actores estuvieran aislados, la densidad sería de cero y si todos estuvieran conectados con todos, sería de 100,0% | Numérica: un buen resultado para comenzar una red estaría entre 15,0% y 25,0% |
| Distancia | Indicador de la eficiencia del intercambio de recursos entre nodos | Grados o número de pasos para que un nodo alcance a otro en la red | Numérica: se considera adecuada una distancia de uno a tres grados o pasos |
| Transitividad | Indica que las relaciones sociales entre cada tres actores en la red (triples transitivos) serán completas | Proporción de triples transitivos: número de triples transitivos completos dividido entre el número de transitivos para los cuales la suma de un vínculo perdido podría hacerlos completos | Numérica: una transitividad de 40,0% a 80,0% equilibra el flujo de recursos en la red |

***Fuente:*** Elaboración propia basada en las referencias 1, 3, 9, 27, 28, 34, 35 y 39.

Estados Unidos (USAID) y empresas de la industria farmacéutica (19, 32, 33).

Se construyó una red sociocéntrica, cuya dimensión se estimó mediante el método de adición de Carrington y colaboradores (1), es decir, se utilizó el número total de personas de otras organizaciones (de entre las 46 seleccionadas) con las que los informantes de los nodos preactivos mantenían vínculos sociales. Para conocer la estructura y solidez de la red, así como los posibles mecanismos que permiten iniciar la acción social entre las organizaciones, se adaptaron los generadores de posición, las categorías múltiples y las categorías ordinales agrupadas de Hanneman (28), para lo cual se midieron la densidad, la distancia, la transitividad y la centralización de los nodos. Estas propiedades se definen y explican en el cuadro 3.

Los datos matriciales se procesaron mediante el programa informático para redes sociales UCINET (1, 34) y se utilizó el programa estadístico de mapeo de redes sociales PAJEK (1, 27) para elaborar un sociograma. Se emplearon los programas SPSS y MS Excel para realizar la descripción estadística de la población —valores centrales y desviación estándar (DE)— y el programa informático MS Access para analizar la información etnográfica.

## RESULTADOS

El análisis cualitativo (basado en la sección C del cuestionario) permitió obtener una visión global de la red de actores.

### Resultados cualitativos

De acuerdo con el objetivo de cooperación, la red identificada es del tipo combinado, es decir, contiene elementos de las redes temáticas y de las de abogacía y gestión. Su capital social se basa en un grupo de actores sociales identificados (46 nodos de la red), que en su mayoría están interesados en la iniciativa propuesta y dispuestos a promover su causa y a compartir sus recursos —principalmente de cooperación técnica— mediante lazos o vínculos de acción formal. Se detectaron diversas organizaciones internacionales (académicas, gubernamentales y no gubernamentales), a las cuáles se unirían los nodos identificados como preactivos para apoyar la iniciativa (cuadro 4), independientemente de que no tuvieran vínculos sociales con ellas y de que algunas no estuvieran incluidas en el muestreo inicial. Con relación a la vinculación social, se detectó que los 17 nodos inactivos formaban parte de los vínculos sociales de la mayoría de los nodos preactivos.

Los resultados del análisis posicional se centraron en el estudio de la densidad, la distancia, la transitividad y la centralización de una red sociocéntrica, en congruencia con la metodología del análisis exploratorio de redes sociales (27).

En la figura 2 se muestra el mapa de la red a manera de una fotografía instantánea. Todos los actores o nodos fueron codificados para facilitar el procesamiento de los datos, su posición no

**CUADRO 4. Principales organizaciones internacionales con las que se unirían los nodos preactivos para promover los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud**

| Organizaciones gubernamentales | Organizaciones no gubernamentales | Organizaciones académicas |
|---|---|---|
| Agencia de Cooperación Internacional de los Estados Unidos (USAID) | Asociaciones médicas | Asociación Latinoamericana de Educación en Salud Pública (ALAESP) |
| Banco Interamericano de Desarrollo (BID) | Empresas farmacéuticas | Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) |
| Banco Mundial | Instituto de Conectividad de las Américas | Canadian Coalition for Global Health Research |
| Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) | International Philantrophy Association | Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, de la Organización Mundial de Médicos de Familia (CIMF-WONCA) |
| Ministerios o secretarías de salud de los países | Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos (PHM) | Facultades de ciencias médicas y de la salud |
| Organización Mundial de la Salud (OMS) | Organizaciones de salud del sector privado | Global Health Research Initiative (GHRI) |
| Organización Panamericana de la Salud (OPS) | Organizaciones empresariales (como la Fundación Bill y Melinda Gates) | Health Canada |

indica su importancia ni un orden en particular. La red presentó una densidad promedio de 18,9%, una distancia de 2 grados, una centralización de entrada del 37,5%, una centralización de salida del 82,9% y una transitividad de 50,0% (cuadro 3). Los nodos o actores sociales más prestigiados catalogados por la centralización de entrada fueron: el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la OMS, la OPS, la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (SIDA), el UNICEF y la USAID. Los actores representativos de la actividad social catalogados por la centralización de salida fueron: la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (APHA), la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH), el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN), el Centro de Investigación Internacional para el Desarrollo, de Canadá (IDRC) y la OPS. El sociograma elaborado permitió identificar los nodos o actores que ocuparían las posiciones centrales de la red: el Banco Mundial, el BID, la CIDA, el DFID, el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, el IDRC, la Organización de los Estados Americanos (OEA), la Organización Internacional de Migración (OIM), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la OMS, la OPS, la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP), el UNICEF y la USAID. Estos nodos se aglutinan en cuatro subgrupos centrales cohesivos, que conectan al resto de los actores cercanos. Los resultados indican que además de las organizaciones del sistema de Naciones Unidas, entre los defensores de la APS podrían estar diversas organizaciones no gubernamentales (ONG), organizaciones privadas, fundaciones y asociaciones profesionales.

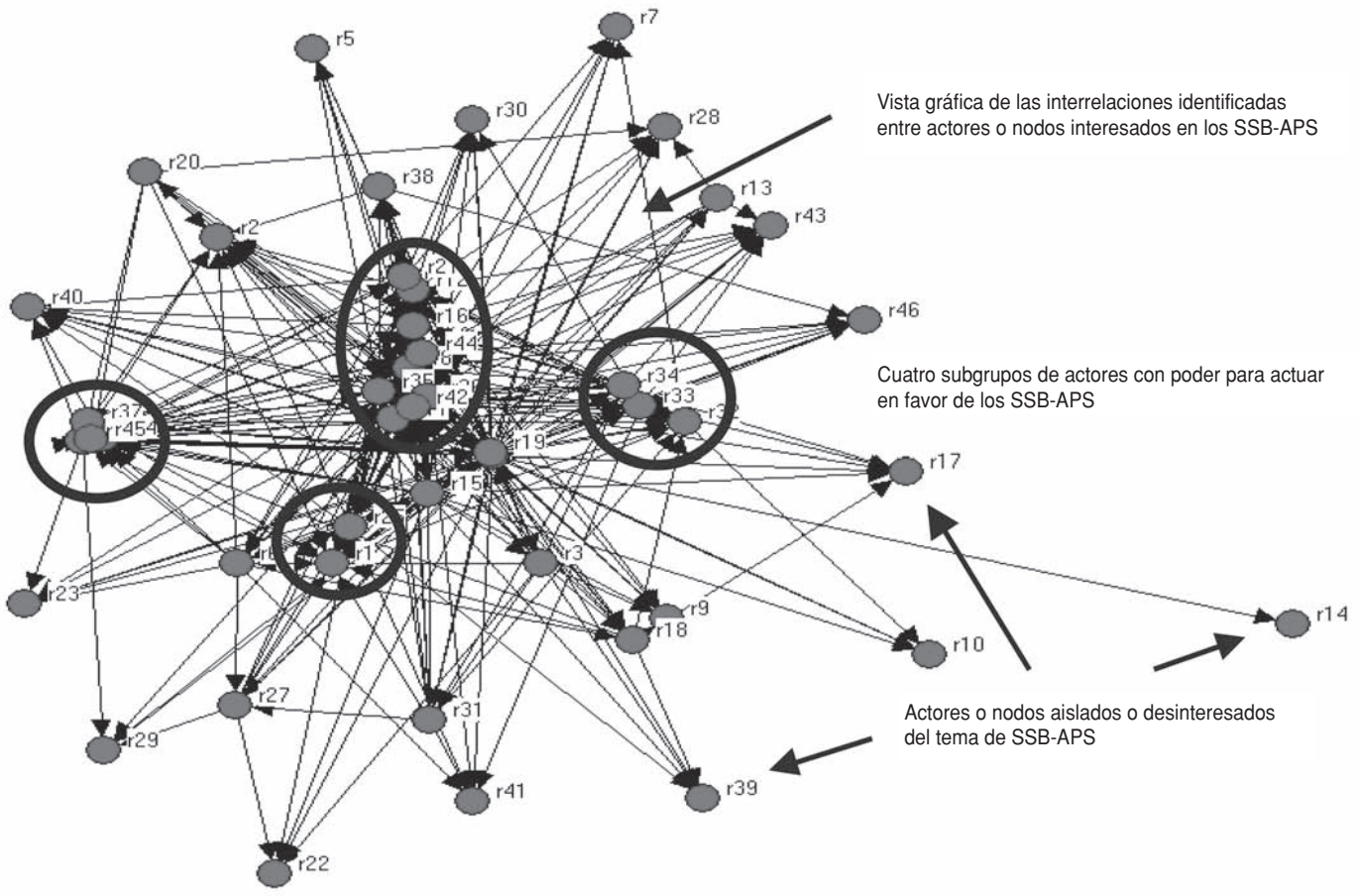
En cuanto a la fortaleza de los lazos o vínculos con la cooperación en APS, esta se midió según el número de personas conocidas en las organizaciones, el número de personas con las que existía una relación de amistad y la frecuencia de los contactos. La fortaleza se clasificó como poco frecuente (de 1 a 11 veces al año), frecuente (de 1 a 3 veces al mes) o muy frecuente (una o más veces a la semana). Se consideraron como nodos influyentes o poderosos los que recibieron cinco lazos o más desde otros nodos de la red, así como los que tenían lazos fuertes (mayor número de personas conocidas y de amistades con contacto frecuente o muy frecuente); se consideraron nodos aislados o periféricos los que presentaron tres lazos o menos o lazos débiles (menor número de personas conocidas y de amistades, con contactos poco frecuentes, esporádicos o casuales) (cuadro 2).

Los resultados etnográficos derivados del análisis cualitativo (sección B del cuestionario) demostraron que la visión compartida general derivada de los comentarios de los participantes en el estudio se centró en renovar los conceptos de APS para promover el desarrollo de SSB-APS en las Américas. Para ello se requiere elaborar una estrategia clara que considere el reclutamiento de promotores, llevar a cabo acciones sistemáticas para eliminar las barreras que obstaculizan la implementación de la APS en los países y movilizar el apoyo técnico y financiero necesario.

Se identificaron 60 expertos de prestigio en materia de APS que se ubicaron principalmente en universidades e instituciones de salud pública, diversas ONG, la OPS, el UNICEF, el BID, la OMS, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los ministerios de salud y el Banco Mundial.

En general, la posición política de los informantes de los nodos preacti-

**FIGURA 2. Sociograma codificado de la red regional de abogacía y cooperación técnica y financiera en favor de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud[a]**




[a] Siglas y símbolos de codificación utilizados:

r1 Banco Mundial
r2 Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI)
r3 Asociación Latinoamericana de Educación en Salud Pública (ALAESP)
r4 Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)
r5 Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas (ALIFAR)
r6 Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (APHA)
r7 Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE)
r8 Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
r9 Fundación Bill y Melinda Gates
r10 Banco de Desarrollo del Caribe (CDB)
r11 Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades, de los Estados Unidos (CDC)
r12 Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA)
r13 Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar de la Organización Mundial de Médicos de Familia (CIMF-WONCA)
r14 Oficina Regional de Consumidores Internacionales para Latinoamérica y el Caribe (CI-ROLAC)
r15 Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH)
r16 Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID)
r17 Comisión de Ayuda de la Unión Europea (EuropeAid)
r18 Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM)
r19 Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN)
r20 Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA)
r21 Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria
r22 Fundación Ford
r23 Consejo de Salud Global (GHC)
r24 Agencia Internacional de Cooperación Técnica, de Alemania (GTZ)
r25 Centro de Investigación Internacional para el Desarrollo, de Canadá (IDRC)
r26 Federación Internacional de la Cruz Roja (IFRC)
r27 Fundación Will Keith Kellogg
r28 Merck Sharp & Dohme
r29 Fundación de las Naciones Unidas
r30 Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo (NORAD)
r31 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)
r32 Organización de los Estados Americanos (OEA)
r33 Organización Internacional de Migración (OIM)
r34 Organización Internacional del Trabajo (OIT)
r35 Organización Mundial de la Salud (OMS)
r36 Organización Panamericana de la Salud (OPS)
r37 Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA)
r38 Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos (MSP)
r39 Fundación Rockefeller
r40 Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (SIDA)
r41 Programa de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNAIDS)
r42 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP)
r43 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
r44 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
r45 Agencia de Cooperación Internacional de los Estados Unidos (USAID)
r46 Programa Mundial de Alimentos (WFP)

SSB-APS sistemas de salud basados en la atención primaria de salud

vos evidenció la aceptación de la iniciativa propuesta: 83,0% de ellos manifestó que haría público su apoyo y concordó con la idea de sostener la cooperación técnica y financiera a largo plazo; 93,0% estuvo a favor del compromiso de armonizar y alinear sus actividades en favor de los SSB-APS y aceptó la importancia de la voluntad política para sostener e incrementar las inversiones. También se mencionó la importancia de conformar redes sociales entre organizaciones y actores públicos y no públicos, que asuman el compromiso de capacitar recursos humanos en APS como base de la sostenibilidad.

Todos los participantes expresaron su apoyo a la iniciativa mediante vínculos de acción formal y 69,0% manifestó que también estaría dispuesto a hacerlo de manera informal e interpersonal. La manera de mostrar apoyo formal sería fundamentalmente mediante la difusión de los conceptos de renovación de la APS y los SSB-APS, el intercambio de información sobre las mejores prácticas en APS, la movilización de recursos y la participación en foros de cooperación técnica. El apoyo informal a la iniciativa sería mediante la incorporación de estrategias de abogacía en su trabajo diario y la difusión de los conceptos en seminarios, grupos profesionales e institucionales, así como mediante el trabajo voluntario con diversas organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales.

En cuanto a la disponibilidad de recursos, 72,0% de los participantes indicó que podría aportar recursos técnicos mediante lazos o vínculos de acción formal y 41,0% mediante vínculos informales. Además, 38,0% aportaría recursos financieros mediante vínculos formales y 10,0% de ellos podría aportar fondos de manera informal, es decir, a través de acciones independientes de la organización para la que trabajan o utilizando la influencia personal (fondos filantrópicos, ONG, campañas de donación, etc.). Entre los recursos técnicos que los informantes de los nodos preactivos podrían aportar destacaron: asesoría y documentos técnicos, recursos humanos capacitados en APS y con voluntad para compartir su tiempo y experiencias. Entre los recursos financieros se mencionaron: subvenciones, becas, presupuestos extraordinarios, apoyo financiero para reuniones y elaboración de documentos, cofinanciamiento con los países y transferencias de tecnologías.

El principal interés político de los participantes giró en torno a la obtención de la aprobación, de compromisos políticos y de acuerdos formales de cooperación por parte de los países, la sociedad civil, las instituciones académicas y las organizaciones internacionales. Los participantes manifestaron su interés en lograr un compromiso específico de la OPS que incluya invitaciones y solicitudes formales de cooperación, así como planes de trabajo conjuntos que respeten las necesidades de los países y que contengan conceptos, lineamientos políticos, metas y objetivos precisos. Casi la mitad de los participantes (48,0%) rechazaría la iniciativa de promover el desarrollo de SSB-APS en las Américas, en caso de: a) observar planteamientos dogmáticos, ambiguos y demagógicos sobre la APS; b) que el mandato de sus países fuera contrario; c) que se distorsionaran o desconocieran los nuevos conceptos, alcances, metas y contenidos de la APS; y d) que faltara capacidad económica para desarrollar las actividades de promoción.

Casi un tercio de los informantes de los nodos preactivos (31,0%) tomaría el liderazgo para apoyar la iniciativa, mientras que el resto (69,0%) esperaría el liderazgo de otros actores oficiales. Entre quienes estarían dispuestos a movilizar recursos, 35,0% indicó que esta decisión depende de otras instancias dentro y fuera de sus organizaciones; 17,0% refirió no estar en condiciones de movilizar recursos y el resto (48,0%) movilizaría recursos de manera directa en el tiempo máximo de un año.

Las principales razones mencionadas por los informantes de los nodos inactivos de la red, es decir, los que no respondieron a la encuesta (tasa de falta de respuesta: 37,0%), se centraron básicamente en la saturación de actividades y en la falta de tiempo para participar.

### Resultados cuantitativos

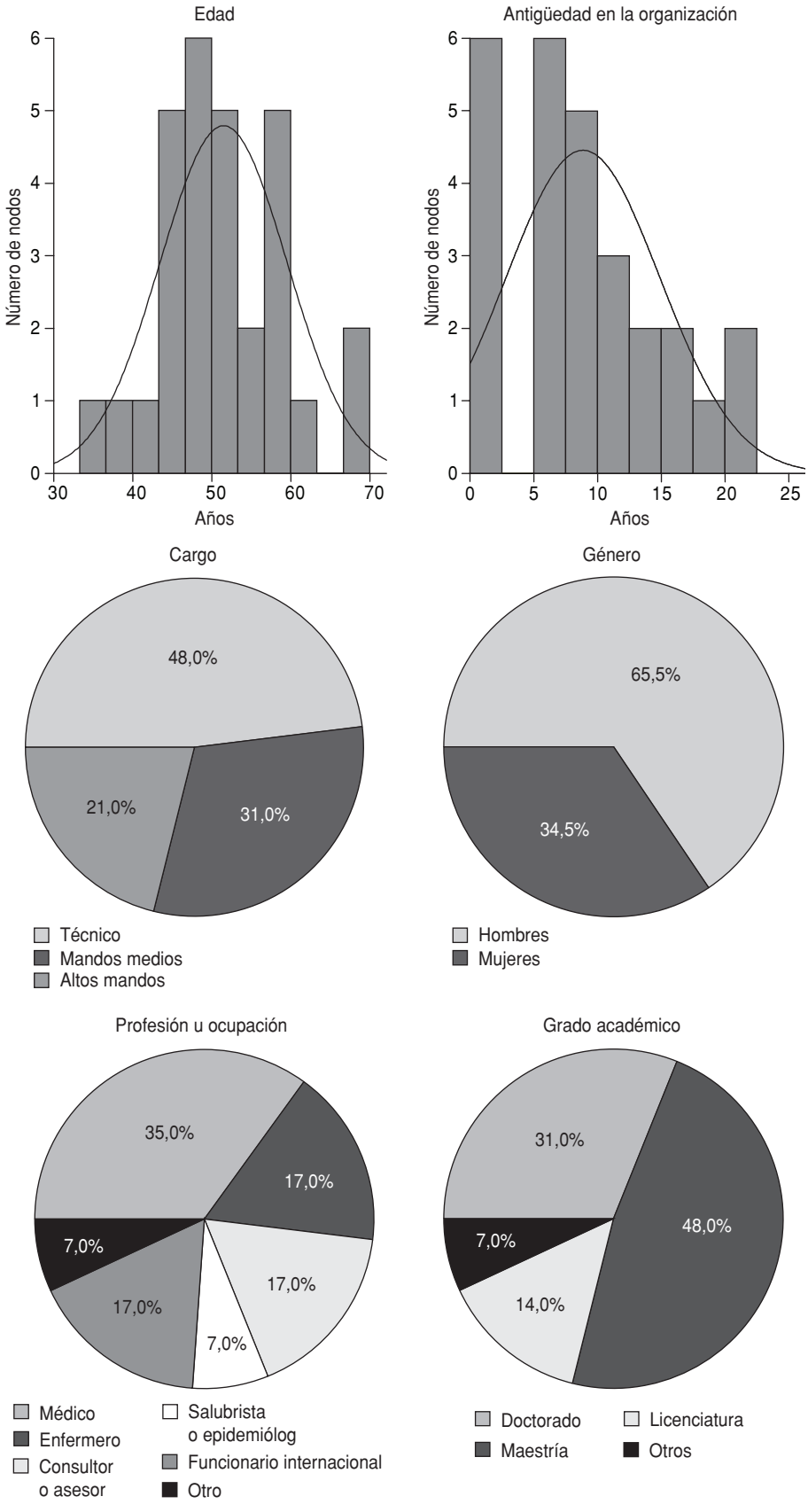
En la figura 3 se muestran los gráficos resultantes del análisis cuantitativo y descriptivo (derivados de la sección A del cuestionario), según las variables sociodemográficas derivadas de los atributos personales de los miembros de los nodos de la red (27): edad, sexo, cargo, antigüedad en la organización, profesión u ocupación y grado académico. El promedio de edad de los informantes de los nodos preactivos de la red fue de 51 años (DE = 8 años), con un predominio de hombres (65,5%). En general, 48,0% de ellos tenían cargos técnicos, 31,0% pertenecían a los mandos medios y 21,0% a los altos mandos. La antigüedad laboral promedio en las organizaciones fue de 9 años (DE = 6 años). De los informantes de los nodos preactivos, 31,0% eran médicos de formación y 48,0% terminaron además una maestría. Debido a que la pregunta sobre la profesión u ocupación fue abierta, las categorías que caracterizan la muestra en la condición de profesión u ocupación no fueron excluyentes.

## DISCUSIÓN

Una de las fortalezas metodológicas de este estudio es que en el análisis se incluyeron todos los datos, tanto de las organizaciones participantes como de las que no participaron, lo que permitió conocer la contribución parcial de estas organizaciones al estudio. La tasa de respuesta (63,0%) permite comenzar a construir una red con la integración inmediata de 29 organizaciones (nodos preactivos o de partida de la red), mientras las restantes 17 organizaciones que no participaron, identificadas como nodos inactivos (37,0%), podrían incorporarse paulatinamente con posterioridad.

El punto de convergencia entre los nodos heterogéneos fue la APS. Como para conformar una red no es requisito que los nodos tengan mucho en común (11, 35), esta característica y el conocimiento mutuo de la competencia y experiencia de los miembros de los nodos (9) podrían iniciar la coordina-

**FIGURA 3. Gráficos descriptivos de los atributos de los nodos de la red**




ción social efectiva. Por ello fue trascendental que este estudio, además, haya permitido identificar un número importante de expertos reconocidos en APS, independientemente de que pertenecieran o no a los nodos de la red.

La red resultante de este estudio es teórica, asimétrica y altamente centralizada, tanto por los resultados del indicador de centralización, como por los cuatro subgrupos centrales que se observan en el sociograma. Llevado a la práctica, este resultado tiene dos implicaciones: por un lado, los subgrupos centrales podrían impulsar el crecimiento y la adaptabilidad de la red (36), pero por otro, si esos subgrupos se fragmentaran por alguna razón, la red desaparecería. Los subgrupos centrales podrían gozar de un alto grado de poder e influencia en la red y de una alta capacidad para intercambiar recursos (2) y actuar como puentes de conexión entre actores aislados, lo que ayudaría a la expansión de la red. Se observó también un reducido número de actores o nodos aislados o periféricos, lo que reduciría la capacidad de apoyo desde zonas intermedias o periféricas de la red. Por otro lado, la gran cantidad de lazos débiles que muestra la red es una ventaja, pues constituyen el primer paso para comenzar su conexión y una "fortaleza" por sí mismos para diversificar y difundir las innovaciones (27).

Además de la distancia y la transitividad, la densidad es de gran importancia, pues revela su cohesión o fragmentación. La densidad de 19,0% puede considerarse alta si se toma en cuenta el tipo de red identificada (temática, de abogacía y gestión) y es un buen punto de partida para comenzar a impulsarla. Las densidades mayores de 50,0%, además de ser poco frecuentes en la mayoría de las redes humanas, resultan en una escasa movilización y baja eficacia y capacidad de respuesta e innovación (36). De acuerdo con la literatura, una distancia de dos grados es excelente para establecer un intercambio eficiente de recursos entre organizaciones (35) y una transitividad de 50,0% refleja equilibro estructural para el flujo de recursos. No obstante, la estructura de una red no lo es todo y debe interpretarse a la

luz de las acciones, estrategias e incluso percepciones de los actores que la componen (37). En este sentido, el análisis etnográfico permite afirmar que la posición y los intereses políticos de los nodos preactivos están acorde con la iniciativa de promover los SSB-APS. Sin embargo, es importante dar respuesta a la inquietud de los participantes de evitar modelos erráticos de APS y definir líneas políticas y estrategias de acción claras.

Tomando en cuenta la selección de los nodos preactivos y los atributos personales de sus informantes, la red podría tener defensores activos e influyentes, con capacidad y experiencia para cooperar en favor de los SSB-APS. El análisis de esos atributos personales a la luz del capital social manifestado indicó que la red entera podría tener un gran poder e influencia debido a que los nodos preactivos podrían ejercer su poder e influencia y atraer nuevos miembros. De hecho, organizaciones como la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA) y la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas (ALIFAR) tuvieron una posición favorable a los SSB-APS, a pesar de que se ha señalado que la industria farmacéutica no apoya la generalización de la APS (33).

Debido a que la forma de apoyar la iniciativa podría ser más formal y técnica que informal o financiera, los vínculos en la red relacionados con la acción social serían predominantemente de tipo formal y técnico. A esto contribuye que la mayoría de los nodos de la red son organizaciones que operan según principios de integración jerárquica y centralizada, con una división mecanicista ordenada a partir de la especialización funcional y la supeditación a las reglas. Es importante señalar que en una red, los vínculos de acción formal no siempre permiten a los nodos ejercer poder e influencia e, incluso, dificultan algunos principios de las redes, tales como la intermediación, la flexibilidad, la cohesión, la transferencia y la adaptabilidad (36). Por otro lado, está demostrado que la gente busca información en sus contactos personales, por lo que en una red es importante el impulso de la cooperación basada en las relaciones interpersonales y la generación de la confianza mutua (9).

Este estudio tiene algunas similitudes con el realizado por Dogson y colaboradores (38), en el que identificaron la posición estructural de diferentes actores internacionales en una red social internacional de impulso a la salud, con la OMS y el Banco Mundial en el centro de la red y diversos subgrupos en la periferia. Las instituciones bilaterales y regionales, como la USAID, se agruparon en otro subgrupo de influencia económica y política, mientras que diversas ONG internacionales formaron otro subgrupo.

Los resultados de este estudio apoyan las conclusiones de Campos Beltrán (6) y Klijn (11) en cuanto a la necesidad de realizar estudios adicionales para evaluar los factores que aportan estabilidad a las redes y los que obstaculizan su funcionamiento. Con esa información se podría definir mejor el papel que desempeñan las organizaciones en el acceso y control de los recursos, investigar otros atributos (reciprocidad, equivalencia, interdependencia, horizontalidad y flexibilidad, entre otros) y extraer otras subestructuras (cliques y subgrupos por género, cargo, escenarios formales e informales, etc.).

En cuanto a las limitaciones del estudio, la búsqueda de datos se realizó de agosto a septiembre de 2005, lo que impidió la participación de organizaciones sin disponibilidad de tiempo en ese lapso. Sin embargo, esta no es una limitante grave, ya que independientemente de la adecuada tasa de respuesta lograda, en realidad en esta etapa no se espera involucrar a todos los actores que operan en un campo social específico, sino que se buscan bases de colaboración entre los que deciden cooperar (16). La decisión de 17 organizaciones internacionales de no responder a la encuesta (nodos inactivos), se debió a que 27 informantes pertenecientes a 11 de ellas (en su mayoría organizaciones públicas bilaterales y multilaterales) tenían sus agendas saturadas y a que las políticas de las otras 6 organizaciones (4 grandes empresas y 2 agencias multilaterales) no eran compatibles con los objetivos del estudio, según estimaron sus 15 informantes que decidieron no participar. En general, los 17 actores o nodos inactivos también se consideraron actores neutrales en el tema de APS y como tales podrían verse atraídos por la visión compartida resultante del presente estudio y aliarse a los promotores de la APS o influir en contra de la iniciativa. Sin embargo, al analizarlos individualmente, la mayoría de los actores neutrales con relación al tema de la APS no tienen intereses coincidentes (25).

Por otro lado, debido a su posición estratégica, 11 de los participantes no respondieron las preguntas del cuestionario relacionadas con los vínculos de acción informal por considerarlo improcedente. Aunque esto no constituye una limitación en sí, puede indicar que estas personas se sienten limitadas por las relaciones de reporte formal en sus organizaciones (9) y que las presiones laborales de la organización sobre sus miembros no favorece la notificación de acciones informales (7). Otra limitación podría ser que solamente uno de cada cuatro funcionarios de alto mando invitados a participar respondió la encuesta, lo que indica que el resto se apoyó en su equipo técnico o de mandos medios para responder los cuestionarios. Sin embargo, esto no sesga los resultados del estudio ni afecta el poder y la influencia de los nodos, ya que la toma de decisiones en las organizaciones no es inherente a una sola persona, sino a un equipo de trabajo, y estos funcionan mediante la delegación de funciones; además, este tipo de estudio considera las organizaciones y su personal (entre ellos a los informantes clave) como un conjunto integrado (28).

Finalmente, los sesgos de recuerdo y autoinforme pueden haber afectado a la validez y la confiabilidad de los resultados, sin embargo, en los cuestionarios de redes sociales no había tópicos sensibles que induzcan a falsear la información y permiten a los participantes reconocer las relaciones o vínculos sociales en lugar de recordarlos (1).

Al analizar los resultados, se debe tener en cuenta que el muestreo en las

redes involucra dos principios generales: obtener una muestra representativa de una población determinada e investigar sus relaciones sociales. Esto significa que se puede hacer una réplica del estudio, pero no se pueden extrapolar sus resultados hacia la población general de organizaciones internacionales o sacar conclusiones acerca de la estructura relacional de esa población general (39).

## CONCLUSIONES

Como resultado del análisis realizado se ha identificado una red temática de abogacía y gestión para la cooperación técnica y financiera en APS en la Región de las Américas, compuesta por tres elementos relacionales principales: 46 nodos que podrían vincularse en la red mediante vínculos formales y técnicos para la acción, una visión compartida y cuatro subgrupos centrales que pueden actuar como puentes de conectividad permanente.

Los componentes relacionales interorganizacionales y los vínculos de acción social identificados pueden influir positivamente en la conformación y consolidación de la red, una vez que la OPS tome el liderazgo para formular estrategias claras de implementación, movilice los recursos financieros necesarios y genere vínculos de acción informal e interpersonal entre sus socios colaboradores. Estas condiciones le permitirán actuar como "tejedor de la red" y le ayudarán a articular los esfuerzos internacionales para reafirmar la renovación de la APS y promover el desarrollo de los SSB-APS como una opción factible y políticamente atractiva para las Américas. A esto puede contribuir la ventana de oportunidad que representa la próxima celebración del 30.° aniversario de la Conferencia de Alma-Ata y la atención internacional que se centrará en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El análisis estructural realizado muestra la condición teórica inicial de la red, por lo que se recomienda realizar investigaciones adicionales que permitan conocer con mayor profundidad la operación de sus principios, los elementos de sostenibilidad y los posibles obstáculos para lograr una coordinación exitosa.

**Agradecimientos.** Al Dr. Josep A. Rodríguez Díaz, catedrático de Sociología de la Universidad de Barcelona, España, y experto en redes sociales, por su participación en la revisión final del cuestionario. Al Dr. Manuel Palacios Martínez, coordinador técnico de proyectos de investigación del Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Salud Pública (CISEI/INSP), de la Secretaría de Salud de México, por su valioso apoyo en la revisión final del manuscrito.

## REFERENCIAS

1. Carrington PJ, Scott J, Wasserman S. Structural analysis in the social sciences. Models and methods in social network analysis. New York: Cambridge University Press; 2005.
2. Kilduff M, Tsai W. Social network and organizations. London: SAGE Publications; 2003.
3. Velázquez-Álvarez OA, Aguilar-Gallegos N. Manual introductorio al análisis de redes sociales. Medidas de centralidad [sitio en Internet]. México, D.F.: Universidad Autónoma del Estado de México y Universidad Autónoma de Chapingo; 2005. Hallado en: http://revista-redes.rediris.es/webredes/talleres/Manual_ARS.pdf. Acceso el 3 de mayo de 2007.
4. Castells M. The rise of the network society. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishers; 2000.
5. Börzel TA. ¿Qué tienen de especial los *policy networks*? Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea. Redes [publicación periódica en línea]. 1997;1. Hallado en: http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/policynet.pdf. Acceso el 3 de mayo de 2007.
6. Campos-Beltrán MR. Análisis de redes de políticas en la prevención y atención de la violencia familiar. Redes [publicación periódica en línea]. 2003;4. Hallado en: http://revista redes.rediris.es/webredes/textos/cancun rosariocampos.htm. Acceso el 3 de mayo de 2007.
7. Faust K. Las redes sociales en las ciencias sociales y del comportamiento. En: Gil-Mendieta J, Schmidt S, eds. Análisis de redes: aplicaciones en ciencias sociales. México, D.F.: IIMAS-UNAM; 2002.
8. Rovere M. Redes. Hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. Rosario: Secretaría de Salud Pública e Instituto de la Salud Juan Lazarte; 1998.
9. Cross R, Parker A. The hidden power of social networks: understanding how work really gets done in organizations. Boston: Harvard Business School Press; 2004.
10. Guimerá R, Uzzi B, Spiro J, Nunes-Amaral LA. Team assembly mechanisms determine collaboration network structure and team performance. Science. 2005;308:697–702.
11. Klijn EH. Policy networks: an overview. En: Kickert WJ, Koppenjan JF, eds. Managing complex networks. London: SAGE Publications; 1998. Hallado en: http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/Complex.pdf. Acceso el 3 de mayo de 2007.
12. Organización Panamericana de la Salud. Informe del avance del cambio institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana. 39.° Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. Washington, D.C.; 2005. (PAHO COLL/SPP39/8 Es).
13. Campos FE, Hauck V. Networking collaboratively: the Brazilian Observatory on Human Resources in Health. A case study prepared for the project 'Capacity, Change and Performance'. Capacity study analysis. Maastricht: European Centre for Development Policy Management; 2005. (Discussion Paper No. 57L). Hallado en: http://www.ecdpm.org/Web_ECDPM/Web/Content/Content.nsf/0/69D090DA52C45F63C125708B004A5ECE?OpenDocument. Acceso el 3 de mayo de 2007.
14. Ocampo JA, Martin J. Globalization: A historical, multidimensional perspective. En: United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean, ed. Globalization and development: a Latin American and Caribbean perspective. Stanford: Stanford University Press, World Bank, ECLAC; 2003.
15. Pratz J. La globalización transforma las ciudades, las regiones y su gobernación. Gobernanza [publicación periódica en línea]. 2005;(16). Hallado en: http://www.iigov.org/gbz/article.drt?edi=14325&art=14344. Acceso el 3 de mayo de 2007.
16. Bronfman M, Díaz J. La cooperación técnica internacional y las políticas de salud. Ciencia Saúde Coletiva. 2003;8(1):227–41.
17. Pratz J. América Latina-Europa: por otra gobernanza global. Gobernanza [publicación periódica en línea] 2004. Edición 4. Hallado en: http://www.iigov.org/gbz/article.drt?edi=13916&art=13948. Acceso el 3 de mayo de 2007.
18. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2005. La cooperación internacional ante una encrucijada ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual. Madrid, Barcelona; México, D.F.: Ediciones Mundi-Prensa; 2005.

19. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Public Health. 2004;94(11):1864–74.
20. Organización Panamericana de la Salud. Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe: Informe Final. Volumen I. Washington, D.C.; 2004. (OPS THS/OS/04/1; PAHO COLL/W84. 6O68e 2004 Es v.1).
21. Pan American Health Organization. Symposium of National Strategies for Renewing Health-for-All. Final report. Washington, D.C.; 1998. (Technical Report PAHO/OAB/98.3.39; PAHO COLL/WA540.5612 1998).
22. People's Health Movement. Health for All Now! Revive Alma-Ata!!. The Alma Ata Anniversary Pack. Unnikrishnan, Bangalore (India): People's Health Movement; 2003.
23. Szekely M. The 1990s in Latin America: another decade of persistent inequality, but with somewhat lower poverty. Washington, D.C.; 2001. (Inter-American Development Bank Working Paper No. 454).
24. Pan American Health Organization. Primary health care policy review: report from a Workshop held in Brasilia, 29th–30th November 2001. Washington, D.C.; 2005. (THS/OS/04/5; PAHO COLL/W84.6O68i 2005 En).
25. Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington, D.C.: PAHO; 2007. Hallado en: http://www.paho.org/English/AD/THS/primaryHealthCare.pdf. Acceso el 13 de mayo de 2007.
26. Organización Panamericana de la Salud. La cooperación de la OPS/OMS centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud. 39.° Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. Washington, D.C.; OPS; 2005. (PAHO COLL/SPP39/10 Es).
27. De Nooy W, Mrvar A, Batagelj V. Structural analysis in the social sciences. Exploratory social network analysis with Pajek. New York: Cambridge University Press; 2005.
28. Hanneman RA. Introducción a los métodos de análisis de redes sociales [sitio en Internet]. Riverside, California: Departamento de Sociología de la Universidad de California Riverside; 2001. Hallado en: http://www.redes sociales.net/. Acceso el 3 de mayo de 2007.
29. Schmeer K. Guidelines for conducting a stakeholder analysis. Bethesda, Maryland: Partnerships for Health Reform, Abt. Associates Inc.; 1999.
30. Jaén MH, Paravisini D. Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la política sectorial en salud. Washington, D.C.: OPS; 2000. (OPS Serie Política del Sector Salud No. 4).
31. Douglas CN. Instituciones, cambio institucional y desempeño económico. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1993.
32. Werner D. Who killed primary healthcare? How the ideal of 'health for all' was turned into the reality of worsening health for the world's poor. New Internationalist [publicación periódica en línea]. 1995;(272). Hallado en: http://www.newint.org/issue272/who.htm. Acceso el 3 de mayo de 2007.
33. Werner D, Sanders D, Weston J, Babb S, Rodríguez B. Cuestionando la solución: las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil. HealthWrights [publicación en línea]; 2000. Hallado en: http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/index.htm. Acceso el 3 de mayo de 2007.
34. Quiroga A. Introducción al análisis de datos reticulares. Prácticas con UCINET-6 y NetDraw-1, versiones 1 y 2 [sitio en Internet]. Fabra, España: Universidad Pompeu Fabra; 2003. Hallado en: http://revista-redes.rediris.es/webredes/talleres/redes.htm. Acceso el 3 de mayo de 2007.
35. Watts D. Six degrees. The science of a connected age. New York, London: W. W. Norton & Company; 2003.
36. Krebs V, Holley J. Building sustainable communities through network building [sitio en Internet]. 2002. Hallado en http://www.ccnreno.org/rflyer/BuildingNetworks.pdf y en http://www.supportingadvancement.com/web_sightings/community_building/community_building.pdf. Acceso el 9 mayo de 2007.
37. Sheridan DP, Muhamad R, Watts DJ. An experimental study of search in global social networks. Science. 2003;301:827–9.
38. Dogson R, Lee K, Drager N. GIobal health governance: a conceptual review. Geneva: World Health Organization; 2002.
39. Scott J. Social network analysis: a handbook. 2nd ed. London: SAGE Publications; 2005.

Manuscrito recibido el 6 de mayo de 2006. Aceptado para publicación, tras revisión, el 3 de mayo de 2007.

**ABSTRACT**

## A network to promote health systems based on primary health care in the Region of the Americas

***Objectives.*** To identify the relational components of an international network of organizations that provide technical and financial assistance to promote the development of health systems based on primary health care in the countries of the Region of the Americas; to analyze the linkages that would allow the collaborating partners of the Pan American Health Organization (PAHO) to work together on health issues; and to determine the basic theoretical elements that can help to develop action strategies that support advocacy efforts by a network.

***Methods.*** This was a qualitative and quantitative cross-sectional study based on identifying key informants and on analyzing social networks. Ethnographic and relational information from 46 international organizations was collected through a self-administered semistructured questionnaire. From 46 international health cooperation organizations, 29 decisionmakers from 29 organizations participated (63.0% response rate). The structure and the strength of the network was evaluated in terms of density, closeness, clustering, and centralization. The statistical analysis was done using computer programs that included UCINET, Pajek, and Microsoft Access.

***Results.*** We found a structurally centralized theoretical network, whose nodes were clustered into four central subgroups linked by a shared vision. The leadership, influence, and political interests reflected the formal and technical-cooperation linkages, the formal support for health systems based on primary health care, and the flow of resources being more often technical ones than financial ones.

***Conclusions.*** The interorganizational relational components and the social-action ties that were identified could help in the development and consolidation of a thematic network for advocacy and for the management of technical and financial assistance that supports primary health care in the Americas. The linkages for joint action that were identified could advance international cooperation in developing health systems based on primary health care, once PAHO formulates clear implementation strategies and takes a leadership position in mobilizing financial resources and in creating informal and interpersonal linkages for action.

**Key words** Primary health care, international cooperation, social environment, cooperative behavior, health services, Americas.